ESSAI

N° 27.

SUR

QUELQUES AUTOPLASTIES.

Thèse

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 18 AVRIL 1836;

PAR RÉMY **RIFFARD**,
Du Cheilard (ARDÈCHE);

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

A MONTPELLIER,
Chez Mme Veuve RICARD, née GRAND, Imprimeur,
place d'Encivade, n° 3.

1836.

A MA MÈRE ET MON PÈRE.

Mon bonheur commence, puisque je peux vous offrir, ma tendre mère, la première marque de mon amour.

A MON ONCLE L'ABBÉ CLAIR, CHANOINE.

A MON ONCLE ET A MA TANTE VICTOR CLAIR.

Vous vous intéressez sans cesse à moi, recevez-en ma reconnaissance.

A MON FRÈRE ADRIEN.

Tout pour toi, qui as été généreux.

A MA SŒUR VICTORINE.

Notre bonheur sera commun.

A MON BEAU-FRÈRE ET A MA SŒUR DEFRANCE.

Comme marque d'attachement.

A M. FAURITTE,

Ex-Juge de paix d'Annonay.

J'ose espérer que vous agréerez cette pensée de ma reconnaissance.

RIFFARD.

ESSAI

SUR

QUELQUES AUTOPLASTIES.

Indulgence.....

Il est de ces difformités, qui, par leur position ou leur manière d'être, ne peuvent être favorisées d'un regard, sans qu'on ne se sente péniblement impressionné. Ce sont celles surtout qui s'observent sur la figure, là d'où la beauté exerce son empire, là aussi où les passions se peignent avec tant d'énergie. Si une lèvre vermeille, si la paupière d'un gros œil noir étaient remplacées, la première par un ulcère cancéreux, la seconde par un renversement désagréable, le cœur éprouverait-il la même émotion? la sensation, de douce

qu'elle eût été, deviendrait certainement bien pénible. Pourrait-on, sur cette lèvre d'où découle un liquide fétide, chercher, avec Lavater, d'après sa disposition et sa structure, les principaux caractères de la figure? Aurait-on le courage d'étudier, sous une rougeâtre paupière, les différents modes de l'âme? Certes, l'horreur vous ferait reculer.

L'absence du nez, ou seulement la destruction d'une partie, sont encore de tristes accidents; car la société ne fait guère grâce aux rhitnomètes: le dégoût est la seule faveur qu'ils obtiennent. Dès la plus haute antiquité même, cette difformité n'eut pas de place dans le giron de l'indulgence. Nous en trouvons une forte preuve dans la loi qui punissait les criminels par la perte du nez. Sans doute qu'ils regardaient ce châtiment comme le plus infâmant. Les œuvres de Diodore de Sicile en font mention. Les Égyptiens, les Grecs, les Romains, plus tard les Anglais imposaient cette peine à certains coupables. On dut donc chercher à y remédier: le génie trouva une nouvelle voie chirurgicale, et étendant ses expériences sur des accidents autres que ceux-là, il parvint à corriger bien d'autres difformités de la face, en procréant pour ainsi dire de nouvelles parties.

Comme l'absence du nez donna naissance à ce genre de prothèse, je traiterai d'abord ce sujet, pour passer à une autre partie de la face qui est

aussi bien importante ; je veux dire la cheiloplastie.

DE LA RHINOPLASTIE.

Le nez peut manquer ou être détruit entièrement ou en partie. Cette absence peut s'observer sur des fœtus par arrêt de développement : ce cas est fort rare ; mais elle est plus fréquemment due à une cause accidentelle, soit par coups de sabre, soit par morsure. Les ulcères vénériens, les cancéreux, les scrofuleux peuvent avoir ce fâcheux résultat. On peut encore ranger parmi ces causes un froid très-rigoureux, et une inflammation portée jusqu'à la gangrène.

Les causes destructives de cet organe sont nombreuses ; les occasions durent se présenter souvent à l'opérateur ; car, outre l'aspect affreux qu'offrent les infortunés qui ont eu ce malheur, des inconvénients aussi dégoûtants viennent renforcer le tableau. Tantôt les fosses nasales sont exposées à l'air, d'où résulte une irritation permanente ; tantôt survient la perte de l'odorat, souvent une exhalaison fétide, et toujours une gêne dans la prononciation de certaines lettres, qui ne se fait jamais mieux sentir que lorsqu'on veut se livrer au chant.

La nature demandait le secours de l'art, l'intelligence la comprit, et bientôt la main produisit

un organe nouveau. Cette procréation, par ses succès, acquit un triomphe à la chirurgie ; et malgré les nombreux obstacles que l'on plaça sur son passage, elle n'en suivit pas moins sa course pour offrir ses avantages à des hommes plus croyants. Van-Helmont prit cela pour des visions, Junker déclama contre, et la railleuse critique de Voltaire y trouva un passe-temps. Les opérations se multiplièrent, les faits parlèrent, et tout cet échafaudage de malice et de haine s'évanouit devant le succès. On put alors s'aviser de restaurer sans devenir la risée d'incrédules ou d'ennemis de l'innovation.

Bien avant ce temps-là, on a connu cette prothèse vivante. L'antiquité eut ses restaurateurs, et Galien le premier formula dans ses écrits un procédé opératoire. Lui-même, dans ses voyages à Alexandrie, en puisa les premières notions dans les rapports qu'il eut avec les savants de l'Inde, les Brahmines. Il disséquait la peau au pourtour du nez, et ayant soin de l'amener vers le lieu qui nécessitait l'opération, il la fixait par quelques points de suture. Si le nez entier était détruit, il prenait la peau de gauche et de droite, la fixait par la suture, ayant le soin de ménager l'ouverture des narines.

Celse suivait la même règle : il ajoutait des incisions verticales près des oreilles. Je n'ai pas besoin de dire que ces incisions étaient plutôt

nuisibles. D'abord elles ne donnaient guère plus d'extension à la peau, et plus tard, quand la cicatrisation de cette solution de continuité avait lieu, il y avait tiraillement de la peau qui avait été le lambeau restaurateur ; par suite, il advenait que le nez était écrasé par ces fortes tractions.

Je ne suis entré dans ces détails que parce que j'ai vu combien la méthode moderne ou de Dieffenbach était près de celle-ci. Du reste, je crois bien que c'est la même perfectionnée par cet auteur. Cependant cette branche ne pouvait guère se perfectionner dans les mains d'hommes qui craignaient l'effusion du sang. Souvent ils se contentaient d'enlever ce que l'organe offrait de hideux ou d'excédant, et à faire cicatriser comme s'il s'agissait d'une simple plaie.

La rhinoplastie se traînait lentement dans l'obscurité, lorsqu'à la renaissance des lettres en Italie, elle prit un nouvel essor qui la rendit européenne. La Sicile fut son second berceau. Branca le premier pratiqua cette opération : probablement il eut connaissance de la méthode indienne. Plus tard Tagliacozzi s'acquit une grande réputation dans l'art de restaurer les nez. Des médecins des contrées les plus éloignées vinrent en Italie pour être les élèves du célèbre professeur de Bologne. Son procédé devint public dans un traité qu'il publia sur les difformités des narines, des lèvres et des oreilles.

Méthode Tagliacozzienne.

L'opérateur prenait son lambeau restaurateur sur le bras du malade même. Comme cette position devait être fort fatigante, il avait soin de l'habituer long-temps avant. Quand le sujet était accoutumé, et que le moment de l'opération était venu, il commençait par former un nez en cire ou en papier, qu'il étalait sur la partie choisie du bras. Le sommet du modèle était tourné vers l'épaule. Dès que l'encre qui avait servi à tracer les lignes était sèche, il disséquait le lambeau, ayant soin de laisser la base adhérente : c'était la voie de nutrition pour le lambeau qu'il appliquait de suite, et fixait, par des points de suture, sur le moignon ou la partie du nez préalablement rafraîchie. Le bras était maintenu près de la face au moyen d'un bandage. Du moment que l'agglutination avait lieu, il séparait le lambeau du bras, et c'était environ après dix à douze jours, façonnait son nouvel organe, et après l'avoir percé de deux ouvertures pour les narines, il le fixait par la suture. Les ouvertures étaient maintenues béantes à l'aide de bourdonnets ou de canules. Il recommandait surtout cette circonstance qui se fait sentir dans la presque perfection où est aujourd'hui cette opération :

Meliùs amplas gestare nares quam imminutas et deformes.

Le principe établi, on chercha des routes diverses pour faciliter et perfectionner l'œuvre. Ceux-là n'allèrent pas loin, qui faisaient une incision au bras, y appliquaient le nez rafraîchi et l'y fixaient par la suture. Quand l'adhérence était solide, ils détachaient les deux lambeaux triangulaires, qui, réunis sur la ligne médiane, formaient le nez.

Ce mode d'exécution ne diffère presque pas du précédent. Mais des temps plus près de nous donnèrent à la science deux chirurgiens célèbres qui s'occupèrent de cette partie de la chirurgie : Graeff, de Berlin, et le savant professeur Delpech.

Quant au fond de l'opération, elle a été la même pour tous : seulement le premier en formula les principes ; le second, dans un traité, en publia tous les temps avec détail.

Cette méthode était loin d'être aussi avancée que celle qui était en usage dans l'Indoustan. Cependant on la connaissait, on devait la connaître : des médecins anglais avaient pu l'étudier sur un Paria qui revint dans le camp anglais après s'être fait restaurer son nez, qu'on lui avait coupé comme traître à la patrie. L'Italie elle-même en avait connaissance ; mais, en Europe, une cicatrice au front était une marque infâmante dont on flétrissait les malfaiteurs ; on dut dès lors songer ailleurs : le bras devint la source de la restauration.

Les mœurs inconstantes favorisèrent plus tard les chirurgiens, et chacun s'enorgueillit d'une cicatrice au front.

Méthode indienne.

Née sur les bords de l'Indus, cette méthode était peut-être aussi ancienne que les habitans ; ce qui le fait croire, c'est le mystère dans lequel s'enveloppait la secte privilégiée qui la pratiquait, les prêtres de Brama. Le voile se déchira lorsque les Anglais pénétrèrent dans ces contrées, et bientôt cette méthode devint la propriété de la chirurgie. Dans les mains d'hommes habiles, ses progrès furent rapides, et de nos jours son succès est assuré.

Il ne fallut pas moins de deux siècles et demi pour effacer le ridicule qu'on avait déversé sur le gref animal, et faire croire enfin à la réussite d'une pareille tentative. Tandis que Graeff, à Berlin, poursuivait la tâche de l'opérateur italien, Delpech le premier, en France, faisait des expériences dans les salles de clinique. Peu content des résultats que lui donnait la méthode italienne, il fit, en 1820, deux essais par le procédé des Koomas, et son entreprise fut couronnée d'un heureux succès. Jusqu'à ce moment le célèbre chirurgien de Montpellier avait mis la peau du bras à contribution; mais alors son génie, avide de perfection, se porta sur un champ qui semblait offrir beaucoup plus d'avantages; je veux parler du front. Je vais dans peu de mots exposer son procédé :

avant tout il traçait le modèle du nez sur du papier, puis le portait sur le front et le dessinait avec de l'encre. Le lambeau avait la forme d'un as de pique dont la queue était tournée vers le front. Après l'avoir disséqué jusque vers la pointe, il faisait la torsion et l'appliquait sur l'organe à restaurer. La queue formait la sous-cloison du nez, qu'il fixait sur la lèvre supérieure après y avoir fait une légère perte de substance, comme engrenure, pour l'y placer. Les deux angles aigus du lambeau étaient destinés à former les ailes du nez. Le lambeau était assujetti au moyen de la suture, ayant eu soin de rafraîchir les bords du peu de nez qui restait; il adaptait des rouleaux pour niveler les bords. D'autres fois il disséquait sur la même partie un lambeau à trois prolongements en pointe dont les deux externes formaient les contours extérieurs des narines, et celui du milieu devenait la sous-cloison. Quand il n'avait qu'un côté du nez, c'était encore dans le même lieu qu'il prenait son lambeau. Un inconvénient bien grand se présentait sans cesse : c'était la torsion du lambeau. La vie était entravée dans sa marche, et souvent la mortification détruisait tout l'ouvrage. Cet obstacle fut surmonté; car au lieu de faire les incisions du pédicule égales et perpendiculaires, on les fit un peu obliques, et on en prolongea une de deux ou trois lignes, en sorte qu'on tournait le lambeau sans le tordre, et les

matériaux de nutrition y arrivaient par une voie libre et assez large. Cette utile modification fut le fruit du talent du savant professeur Lallemand. Il la montra à ses élèves, pour la première fois, sur une opération de la lèvre qu'il pratiqua chez une jeune fille. Il y a deux ou trois ans que nous lui avons vu faire une opération de ce genre. Ici on n'a pas besoin de diviser le pédicule. Le procédé de Lisfranc est le même quant à la base; seulement il tourne son lambeau comme le professeur Lallemand, et, de plus, il croit nécessaire de tracer une rainure en disséquant légèrement la lèvre externe du bord sur lequel devait s'appuyer le lambeau : il n'a pas besoin de la suture.

S'il veut faire entendre par là que la suture est inutile et préjudiciable, c'est une bien mauvaise preuve qu'il met en avant; car quelques points de suture ne sont pas si douloureux que cette dissection minutieuse, et puis ils maintiennent bien mieux le contact des deux bords que cette rainure. Au reste, le chirurgien de la Pitié s'en accommode très-bien ; car s'il ne peut, par tout autre moyen, fixer les bords de la plaie et obtenir la réunion, il fait trêve pour un moment avec le fil et l'aiguille, et les met à son service. Grâces aux travaux de Delpech, la suture a la première place dans les opérations, et les bons résultats qu'on en retire nous confirment dans son emploi. L'opération que pratiqua M. Labat sur

Lanelongue offre le même procédé que celui des précédents. Si on avait à restaurer, il y a quelques années, une partie quelconque du nez, le front fournissait toujours le lambeau. De nouvelles tentatives se firent, et de bons résultats suivirent de nouvelles modifications. Il en est de même pour tout : on n'arrive à la perfection qu'à force de tâtonnements. Cependant cette opération fit de grands progrès de nos jours, et cette amélioration est due au Tagliacozzi allemand, Dieffenbach.

Comme les opérateurs de son siècle, il employa la peau du front; puis, croyant avoir trouvé un lieu plus avantageux, il s'adressa à la région sincipitale. Par ce moyen, il évitait une cicatrice au front, et le lambeau étant beaucoup plus fort, donnait plus de chances de succès. Mais ces idées s'évanouirent quand on réfléchit à la longueur du lambeau ; comment s'effectuerait la circulation par un lambeau si éloigné du centre de vie, comme suspendu par une attache bien frêle. D'ailleurs ce nouvel organe, pris au cuir chevelu, avait la propriété de produire des cheveux. Il fallait donc condamner l'opéré à se faire raser bien souvent, ou à voir se former une étrange touffe sur toute la surface du nez.

Revenu de cette illusion, ses regards se portèrent dans l'antiquité, et les joues lui offrirent les conditions les plus favorables. Ces parties, voisi-

nes de l'organe qui nécessite souvent la restauration, sont très-élastiques et pleines d'une vitalité forte. Ici ne se rencontrent plus les inconvénients que nous avons fait remarquer dans les autres procédés. Le lambeau se continue sans la moindre déviation, les vaisseaux suivent leur voie droite et libre; on ne peut craindre donc le manque de vie et l'étiolement.

Les chirurgiens ont compris sa supériorité, et ils n'ont pas balancé à l'admettre dans leur pratique, sans suivre cependant la marche de Dieffenbach. En effet, ce dernier, pour une restauration du nez, dessinait sur les joues deux lambeaux dont la pointe tournait vers le nez. Il opérait le renversement, et venait les fixer sur le dos du nez. Quand la réunion avait eu lieu, il détachait le pédicule, et après l'avoir façonné, il l'adaptait au bord de la partie du nez rafraîchie. Mais la peau des joues prête tellement à la distension, qu'on devait espérer plus. En effet, bientôt, dans de pareils cas, on dessina les lambeaux nécessaires sur l'une et l'autre joues; on les détacha assez, et les faisant marcher l'un vers l'autre, on les réunit sur la partie dorsale par des points de suture.

Si on a à refaire une aile du nez, on la dessine exactement sur la joue voisine, et on la fixe sur le bord flottant du nez avec la suture.

Mais la cicatrisation du bord qui forme le pourtour des narines doit s'effectuer; la lymphe plas-

tique, qui s'organise partout, doit tendre à fermer cette ouverture artificielle. Si le tamponnement d'abord, et les canules en métal n'empêchaient pas cette oblitération en forçant en quelque sorte la cicatrisation d'avoir lieu dans la circonférence des narines, ne pourrait-on pas replier le bord du lambeau ?

Si les os propres du nez avaient été détruits, on opérerait de même, ayant la précaution de placer avant un nez postiche pour soutenir.

On place dans les conduits du nez des bourdonnets, puis des canules, afin de les tenir ouverts, soutenir la voûte nasale, et empêcher la réunion des faces du lambeau. La suppuration ne tarde pas à s'établir, et une cicatrisation complète en est le résultat.

Sous-cloison. Il faut encore un point d'appui à cet organe pour qu'il ne s'écrase point vers le lobule. La sous-cloison est grandement nécessaire : c'est le pilier indispensable.

En commençant de l'endroit où on veut l'élever, on dissèque un petit lambeau sur la lèvre supérieure, on prolonge de quelques lignes l'incision la plus voisine du nez, et en tournant cette nouvelle cloison, on fixe le bord libre sous le lobule au moyen de la suture entortillée. Pour qu'elle soit plus forte, il faut la faire large, afin de pouvoir replier en dedans les deux bords. Cette méthode

vaut bien plus que celle qui consiste à la prendre à l'éminence thénar.

Quant à la perte de substance faite par le lambeau, on cherche, comme dans toutes les opérations de ce genre, à réunir par première intention.

AGGLUTINATION DU NEZ APRÈS LA SÉPARATION.

Pour la question de savoir si la transplantation d'un nez étranger ou le replacement de suite après l'excision peut réussir, je me range du côté de S. Cooper, Hunter, Percy. Les bords sont vivaces, les bouches de vie sont répandues sur toute la surface, et les vaisseaux de l'ancien nez peuvent aisément s'aboucher avec ceux du nouveau, de manière à présenter une circulation parfaite. Duhamel a fait des expériences de ce genre sur les animaux ; M. Maunoir a eu des succès pour les os. Plus l'application est prompte, plus la probabilité est grande. L'extrémité ou le lobule du nez offrent plus de chances que s'il s'agit de l'organe entier.

Souvent, après la restauration du nez, il advient qu'on a encore à remédier ou à prévenir l'enfoncement de la partie dorsale. Dans ce cas, je disséquerais la peau qui se trouve entre les deux sourcils, un peu haut sur le front, et, l'attirant vers une incision ou une place ménagée, je réunirais par première intention. La cicatrisation opérant une rétraction dans le lambeau, celui-ci tendrait

à diminuer de longueur, tandis qu'il gagnerait en épaisseur. Il aurait donc plus de force pour remplir l'emploi qu'on lui destine et soutenir le dos du nez.

Je devrais, avant de clore ce chapitre, exposer quelques règles relatives à mon sujet; mais comme elles sont communes aussi à la restauration des lèvres, je les placerai à la fin de mon second article, ainsi que le traitement, le même presque en tout.

DE LA CHEILOPLASTIE.

Cette opération, sœur de la précédente, eut sans doute la même origine; aussi, sans nous arrêter à son histoire, nous entrerons de suite en matière. Ici c'est presque toujours l'affection cancéreuse qui nécessite une pareille opération: elle s'offre sous la forme d'un bouton, de tumeur ou d'ulcère. Ses ravages se montrent d'abord, soit dans le bord libre, soit à la commissure des lèvres, et s'étendent de là plus ou moins loin, vers le menton ou vers la joue. La superficie peut être seulement attaquée comme souvent la profondeur des tissus; l'os même n'est pas à l'abri. La médecine, impuissante dans cette maladie, une fois déclarée, dut céder le pas à la chirurgie, et de fréquentes tentatives se firent pour remédier à une affection si cruelle.

En ouvrant les auteurs anciens, nous voyons combien ils étaient pénétrés de cette vérité, qu'il

n'y avait que le fer ou le feu qui pussent arrêter et détruire le cancer.

Sans remonter plus loin, Fabrizio d'Aquapendente retranchait le cancer du bord libre des lèvres, quand il était fort étendu, avec un couteau de bois plongé dans l'acide nitreux affaibli. Il pansait la solution de continuité avec des émollients, sans en rapprocher les bords. Il avait une perte de substance considérable; et dès que la cicatrisation avait eu lieu, un inconvénient bien grand succédait à l'affection enlevée; je veux parler de l'écoulement de la salive.

Tagliacozzi, fidèle à la méthode qu'il avait créée, prenait la nouvelle lèvre à l'avant-bras. Mais ici des circonstances plus avantageuses se présentèrent, et bientôt on ne pensa plus à opérer selon son procédé. La lumière du progrès devenait de plus en plus vive. Chopart exécuta un procédé nouveau, qui, modifié par d'autres mains, est devenu l'unique et bonne méthode : il disséquait la partie affectée, qu'il comprenait entre deux lignes verticales, l'enlevait; puis, par des tractions modérées, il faisait remonter son lambeau jusqu'au niveau de l'ancienne lèvre; là, il la fixait par des points de suture.

L'inflammation devait être sur-aiguë sur une portion de peau tiraillée ainsi, et souvent les points de suture devaient se mortifier et permettre au lambeau de se rétracter fortement.

M. Roux, de St-Maximin, sut se mettre à l'abri de ce grave inconvénient. Car lorsque l'affection siège sur le bord libre de la lèvre inférieure, il la comprend entre deux lignes verticales et une transversale, qui est la démarcation des parties saines d'avec la maladie. Après l'avoir exactement disséquée, il l'enlève, et puis prolongeant ces deux incisions verticales plus ou moins bas, vers la région sus-hyoïdienne, il détache un lambeau qu'il fait remonter jusques à la place de l'ancienne lèvre; il l'y fixe avec des points de suture et des bandelettes agglutinatives ; il a soin que le lambeau soit bien collé sur le maxillaire inférieur, afin qu'il y ait adhérence et qu'il ne se forme pas de clapier. Mais précisément cette adhérence qu'on a soin d'obtenir donne lieu à un accident fort dégoûtant : la salive, ne pouvant se placer entre la lèvre et la maxillaire, découle, à proportion qu'elle est sécrétée, sur le menton de l'individu. Cette incommodité dut attirer l'attention des chirurgiens. Le moyen d'y remédier ne se fit pas long-temps attendre : M. le professeur Serre, dans les opérations de ce genre, s'aperçut que rarement la muqueuse des lèvres se trouvait altérée ; dès lors il sut en tirer un parti qui est devenu la plus salutaire modification.

Cependant le chirurgien de St-Éloi modifia, dans certains cas, le procédé de M. Roux. En effet, le procédé de ce dernier n'offrait pas tous

les avantages nécessaires, ou plutôt était presque impraticable toutes les fois que la tumeur ou l'ulcération cancéreuse s'étendait un peu bas. Certes, on ne pouvait alors disséquer toute la partie antérieure du cou, et encore le lambeau eût été trop court. M. Serre y suppléa. Après avoir enlevé l'affection comme le veut M. Roux, il dissèque de chaque côté de la joue un triangle dont la base correspond à la déperdition de substance, et la cîme se continue avec le restant de la peau : c'est l'aquéduc vital du lambeau restaurateur. Il les fait marcher l'un vers l'autre, et les réunit par première intention. Dans certains cas, il agit de même en employant le procédé de M. Roux, c'est-à-dire en détachant aussi un lambeau du cou pour le porter en haut, et arriver, par la combinaison de ces deux modes, au résultat d'une restauration complète. Mais le professeur de Montpellier a soin de disséquer la muqueuse, si elle n'est pas altérée, pour l'appliquer ensuite sur son lambeau, et il la renverse encore comme dans la lèvre naturelle, et la fixe par quelques points de suture fort minces. Ici point d'adhérence ; la lèvre est libre, la salive est retenue comme dans l'état normal. L'application de la muqueuse empêche l'introversion du bord libre de la nouvelle lèvre ; en effet, le recoquillement a toujours lieu quand la cicatrisation s'effectue.

Je rapporterai succinctement deux observations

que j'ai prises dans le service où se sont pratiqués ces opérations.

Un malade vint, en 1835, à l'hôpital. M. Serre était alors de service, car le hasard semblait favoriser ses idées, tant était fréquent le genre de cette maladie. Le sujet portait un cancer qui occupait les trois quarts de la lèvre inférieure. Il avait commencé par un petit bouton, qu'il grattait continuellement à cause du prurit qu'il y ressentait. L'irritation augmentait la surface du bouton, qui finit par envahir une grande étendue de la lèvre. Tous les moyens furent opposés à cette affection, et pas un ne put même en arrêter la marche, tant il est vrai que le cancer résiste aux médications intérieures et locales. Il fallut donc en venir au remède unique. L'opération fut décidée.

Le professeur dut examiner lequel des procédés opératoires serait le meilleur. Ici on ne pouvait circonscrire l'affection par deux lignes en V : elle occupait un trop grand espace, et on ne peut opérer ainsi que pour de légères altérations. Enlever toute la maladie au moyen des ciseaux courbes était encore moins praticable. La méthode de M. Roux tranchait la difficulté. En effet, M. Serre fit deux incisions verticales et une horizontale, afin de comprendre entièrement toute la lésion organique. Il disséqua délicatement la muqueuse qui se trouvait intacte, et enleva la partie circons-

crite par ces trois lignes. Après, prolongeant les deux lignes verticales d'une étendue nécessaire sur la partie supérieure du cou, il détacha le lambeau dessiné avant, ayant soin de lui donner le plus d'épaisseur possible. Il le porta au niveau des commissures, et le recouvrit de la muqueuse, de manière à ce qu'elle fût un peu déjetée en dehors. Quelques légers points de suture la tinrent fixée; puis, au moyen de la suture entortillée, il maintint sa nouvelle lèvre. Des bandelettes agglutinatives servirent à tenir le lambeau contre le maxillaire, et à le maintenir au niveau qu'on lui avait d'abord donné. L'opération eut un heureux résultat.

Plus tard un nouveau malade portant une ulcération cancéreuse vint réclamer les soins du même chirurgien. Celle-ci ne se bornait point à la presque totalité de la lèvre inférieure, mais s'étendait sur la joue vers la commissure gauche. Ici la muqueuse participait à l'altération, et le périoste même n'en était pas exempt. Après avoir mis en rapport le procédé de M. Roux, on reconnut qu'il ne pouvait donner toute la satisfaction voulue, car la joue était malade. Le procédé de M. Serre, combiné avec celui de M. Roux, se présentèrent, et dès lors l'opération s'exécuta avec un succès complet. La dénudation de l'os (on avait ruginé la superficie du maxillaire) n'eut aucun accident fâcheux. L'inflammation de l'os produisit des bour-

geons qui se mirent en rapport avec le lambeau, et l'adhérence fut complète.

L'étendue de la maladie, son siége, font le choix du mode opératoire. Il me semble que celui de M. Roux, seul ou combiné à celui de M. Serre, sont les seuls qu'on puisse tenter, et les seuls qui donnent les plus beaux résultats. D'ailleurs la richesse des tissus, la réunion immédiate, et le point d'appui que présente le maxillaire, rendent ces opérations presque toujours heureuses.

TRAITEMENT.

Comme nous avons examiné des opérations nécessitées par les mêmes affections, le même traitement doit s'appliquer aussi à ces mêmes opérations, puisque les accidents varient peu.

Avant toute tentative, l'opérateur doit s'être convaincu qu'aucun traitement ne peut guérir ou améliorer l'affection. Dès qu'une opération est nécessaire, l'économie entière doit être soumise à l'observation du chirurgien, pour y chercher si quelque organe essentiel ne s'y opposerait par son état morbide. Il faut voir si le système glandulaire est sain, et combattre, avant tout, la source de l'altération; car si elle est due à une affection scrofuleuse, vénérienne, dartreuse, il est hors de doute qu'il ne convienne de modifier la constitution par les moyens appropriés. Cela est évident quand

on voit la réunion s'opérer avec tant de promptitude, lorsqu'on a restauré soit à cause d'une lésion traumatique, soit à cause d'une terminaison gangréneuse. Les tissus sont sains, la pureté du sang est parfaite, la lymphe plastique n'a pas à craindre l'inocuité d'un virus destructeur.

Si l'on opère en prenant le lambeau sur la joue, il faut faire la dissection de manière à ne pas intéresser la canal de sténon, car il s'ensuivrait une fistule salivaire, inconvénient bien désagréable.

Le lambeau doit être plus étendu que la déperdition de substance ne l'exige, car la cicatrisation opère toujours une rétraction dans les tissus. Cette nécessité a lieu surtout pour le lambeau de la lèvre. S'il est juste, il arrive qu'il se retire au moment où tous les points de la surface se modifient, pour se mettre en harmonie avec la nouvelle partie qu'il va couvrir; et lorsqu'on croit avoir tout fait, on voit la lèvre ne point se tenir en contact avec la supérieure, et laisser les dents à nu.

Il faut avoir soin de percer légèrement la muqueuse et le tissu spongieux qui la garnit; en sorte que s'il se fait un épanchement entre la muqueuse et le lambeau, il se trouve une voie de transmission vers le rebord alvéolaire. Une pression ménagée suffit pour porter en dehors la matière épanchée qui, en séjournant, deviendrait funeste à la réunion.

Le parallélisme doit être gardé, autrement il arriverait que le lambeau formerait des godets.

Quand le lambeau est placé, qu'il est situé par des points de suture, on place quelques bandelettes agglutinatives, pour aider la suture et diminuer l'effet des tiraillements, s'il y en avait. La suture entortillée me paraît la plus avantageuse : elle nivelle mieux les bords ; elle oppose une plus forte résistance. Cependant comme la mortification des deux angles supérieurs est trop souvent due aux tractions ou aux mouvemens d'un opéré peu docile, on doit préférer la suture entrecoupée ; sa résistance, moins forte, expose peu à ce danger. On met dessus un léger plumasseau, qu'on maintient à l'aide d'un bandage contentif. Il faut ensuite faire prendre au malade une position qui mette les muscles dans le relâchement et rapproche le lambeau de son pédicule. Assis sur son lit, il doit avoir la tête inclinée sur la poitrine ; et pour lui faire garder une immobilité fatigante, on lui soutiendra les reins à l'aide d'un pupitre garni de coussins. S'il s'agit de la restauration d'un côté du nez, la tête devra être inclinée de ce même côté. Si le malade exécutait des mouvements contraires, on perdrait le fruit qu'on attendait de la suture : les points déchireraient le lambeau. Un bandage tiendra la tête dans la position convenable. Cependant il faudra prendre garde qu'elle ne favorise une congestion du côté de la tête.

Après une opération pareille, longue et minutieuse, il y a toujours plus ou moins de douleur.

Comme dans toutes les opérations, elle doit fixer l'attention du chirurgien, car elle donne lieu à tous les accidents qui surviennent. Il convient de distinguer celle qui vient après l'opération de celle qui est l'effet de la réaction : la première est la mère de l'inflammation ; la seconde en est la fille. Si dans l'une on doit employer les antiphlogistiques, dans l'autre on doit donner des antispasmodiques. Il est donc rationnel de donner à l'opéré une potion avec quelques gouttes de laudanum. Puis, quand la réaction s'opère, que le pouls se relève, que la température du corps est plus haute, que la face se colore, alors il faut saigner largement. Si la fluxion locale est vive, et qu'on soit forcé de faire une application de sangsues, ce doit être un peu loin, car rien ne provoque plus l'érysipèle que la piqûre des sangsues. La face n'y est déjà que trop exposée.

Dans le commencement, on pourrait mettre en usage les applications froides, mais elles doivent être constantes et prolongées jusqu'à ce qu'il n'y ait plus à craindre. La diète doit être absolue : quelques bouillons et quelques tisanes doivent faire son alimentation et sa boisson. On donnera quelques lavemens, quelques bains de pieds simples. S'il se forme un abcès derrière le lambeau, on donne issue au pus au moyen d'une petite incision, et on exerce ensuite une légère compression. Ce que demande l'opérateur, c'est la réunion immédiate ;

mais s'il n'a pas soin de lier les plus petits vaisseaux, un épanchement se fera en dedans du lambeau, qui agira comme corps étranger et empêchera cette adhésion. Les vaisseaux capillaires artériels acquièrent un plus grand calibre lorsqu'ils se trouvent dans une lésion pathologique. Il devient nécessaire d'aller à leur recherche pour en faire la ligature; et dès lors il est nécessaire de détacher le lambeau, inconvénient qui n'est pas sans danger. Il est donc important, le précepte que nous donne le professeur Serre dans ses cliniques, de lier les plus petits vaisseaux.

Le malade doit garder le silence et une immobilité parfaite jusqu'à une coaptation forte qui ne se fait pas long-temps attendre, se garantir de l'air frais, afin d'éviter le moindre catarrhe. S'il tousse, s'il éternue, toutes ces secousses peuvent occasionner des ébranlements qui nuiraient à l'adhésion s'ils n'opéraient pas la déchirure des bords où sont placées les aiguilles. Il peut arriver bien d'autres complications malheureuses pour la réussite : il est urgent alors de les combattre, afin d'éloigner cette cause qui nous ferait perdre le fruit de l'opération.

FIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. Dubrueil, *Doyen, Exam.*
Broussonnet.
Lordat.
Delile, *Suppl.*
Lallemand.
Caizergues.
Duportal, *Examin.*
Dugès.

MM. Delmas, *Examinat.*
Golfin, Président.
Ribes.
Rech.
Serre.
Bérard.
René.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. Viguier, *Examinat.*
Kuhnholtz.
Bertin.
Broussonnet.
Touchy, *Suppléant.*
Delmas.
Vailhé.
Bourquenod, *Examinat.*

MM. Faces.
Batigne.
Pourché.
Bertrand.
Pouzin.
Saisset.
Estor.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.